

Cuestionario Salud Preanestesia



INSTRUCCIONES:

Lea atentamente este cuestionario y responda marque SÍ o NO según corresponda. Tiene hueco para aclarar lo que crea conveniente. No se preocupe si tiene alguna duda, podrá aclararla directamente con su Anestesiólogo/a antes de la intervención.

PREGUNTAS	SÍ	NO	ACLARACIONES
¿TIENE USTED ALGUNA ALERGIA?		X	
Si la respuesta es SÍ, por favor, escriba a qué es alérgico			
¿Ha acudido a urgencias o ha estado ingresado en los últimos 6 meses por: a) Problemas cardíacos? b) Accidente cerebral? c) Falta de aire o insuficiencia cardíaca?		X	
¿Padece usted de hipertensión arterial?		X	
¿Tiene usted alguna arritmia cardíaca?		X	
¿Ha tenido alguna vez un infarto?		X	
¿Padece de alguna enfermedad pulmonar como asma, bronquitis crónica, EPOC...?		X	
¿Utiliza inhaladores regularmente?		X	
¿Presenta apnea del sueño o utiliza CPAP o BIPAP?		X	
¿Tiene diabetes o problemas con el azúcar en la sangre?		X	
¿Padece de problemas renales, epilepsia, desmayos?		X	
¿Toma usted antiagregantes, anticoagulantes u otra medicación que altere la coagulación de la sangre		X	
¿Padece usted algún otro problema de salud sobre el que no le hayamos preguntado?		X	
Por favor, díganos si toma alguna medicación habitualmente. Y si es así, escríbala aquí debajo.		X	
EDAD:	PESO:	ESTATURA (aproximada):	

En Vigo a 6 de febrero de 2025

FIRMA: